

Individuell Samarbetsplan

ISP

Ett personcentrerat verktyg
för en bättre vård med mindre tvång

Rapport från Kompetenscentrum för Schizofreni, Psykiatri Psykos.
Nr 1 2018



Sammanfattning

Att vårdas med tvång är för många patienter en traumatisk eller mycket negativ erfarenhet. Negativa erfarenheter kan skapa misstro och bidra till att patienter, i stället för att söka vård, drar sig undan av rädsla ny sjukhusvård. Framtida vårdallianser kan skadas, vilket kan leda till att det blir svårt att motivera dem till vård. Psykiatrin behöver arbeta mer personcentrerat och ta vara på patienternas kunskap och erfarenheter.

Individuell Samarbetsplan (ISP) är ett verktyg för det. ISP ingår inom Resursgrupps-ACT (RACT). Den består av Utvärdering av psykiatrisk sjukhusvård och två ISP-planer; Handlingsplan vid Tidiga tecken och Delaktighet vid psykiatrisk sjukhusvård. Utvärderingen ger grund för utformandet av de två ISP-planerna. Med ISP får patienterna möjlighet att skraddarsy vilket omhändertagande de önskar för att få en bättre vård med mindre tvång.

Införandet av ISP påbörjades hösten 2015 vid Psykiatri Psykos. Syftet med ISP är att minska användandet av tvångsvård och tvångsåtgärder. ISP är ett personcentrerat verktyg där patienterna får möjlighet att dela med sin av sina erfarenheter och kunskap till vården. Med ISP kan patienten vara delaktig i sin vård även om de i stunden, på grund av sjukdom, inte kan föra sin talan.

Införandet av ISP som arbetsmetod har mottagits positivt av både patienter, anhöriga och vårdpersonal. På varje enhet har ambassadörer tillsatts för att bland annat ge personal metodstöd.

Det är ibland en utmaning att motivera patienterna till ISP eftersom det är smärtsamt att återknyta i tankarna till när de var sjuka. Lättast går det med nya patienter och patienter som inte upplever sig traumatiserade av tidigare vård.

Innehållsförteckning

| | |
|--|-----------|
| BAKGRUND | 4 |
| DEN INDIVIDUELLA SAMARBETSPLANEN | 5 |
| GENOMFÖRANDEPROCESS OCH RUTINER | 6 |
| RESULTAT | 7 |
| Genomförda utvärderingar | 7 |
| Patienterna tillfrågas om de vill träffa personalen som tvångsvårdat dem | 11 |
| Patienternas kommentarer på att få utvärdera sin tvångsvårdstid | 11 |
| Personalens synpunkter på att låta patienterna utvärdera sin tvångsvård | 12 |
| Handlingsplan vid Tidiga tecken | 14 |
| När överenskommelsen i handlingsplanen aktiverats av vården | 14 |
| Patienternas erfarenhet av Handlingsplan vid Tidiga tecken | 15 |
| Personalens erfarenhet av Handlingsplan vid Tidiga tecken | 16 |
| Patienterna kan eller vill ibland inte utforma en handlingsplan | 18 |
| Delaktighet vid psykiatrisk sjukhusvård (DPS) | 18 |
| Patienternas erfarenhet | 19 |
| Användandet av ISP spar resurser | 20 |
| SLUTSATS | 21 |
| EFTERORD | 22 |
| REFERENSER | 23 |
| BILAGOR | 24 |
| Bilaga 1. Sammanställning – Utvärdering av psykiatrisk sjukhusvård | 24 |
| Bilaga 2. Handlingsplan vid Tidiga tecken | 30 |
| Bilaga 3. Delaktighet vid Psykiatrisk sjukhusvård (DPS) | 32 |

BAKGRUND

Att bli intagen för tvångsvård och fråntas sitt självbestämmande upplevs av många patienter som skrämmande (Olofsson & Jacobsson 2001, Lilja & Hellzén 2008). I många fall leder det till att personen blir traumatiserad och stigmatiserad (Tarrier *et al.* 2007, Mueser *et al.* 2010). Brister i följsamheten i medicineringen är vanlig och medför hög risk för återinsjuknande och därmed för risk att skada sig själv och andra (Jarett *et al.* 2008).

Negativa vårderfarenheter kan skada tilliten till psykiatri för all framtid och bidra till att försämra möjligheten att förhindra återfall. Det kan leda till att patienterna i samband med försämring drar sig undan i stället för att söka vård. Negativa effekter kan vara upplevelsen av att vården varit meningslös, dålig eller att man känt sig underlägsen som människa (Andreasson & Skärsäter, 2012; Svenska Psykiatriska Föreningen, 2013). Patienter vill bli betraktade utifrån hela sin person och önskar att sina nätverk blir mer involverade (SBU 2012, 2017).

För att så långt det är möjligt begränsa tvånget håller vården på att förändras mot en ökad delaktighet och dialog med patienter. Patienter som fått tala om sitt tvångsvårdstillfälle med någon som lyssnar aktivt med omtanke och respekt känner sig mindre kränkta och traumatiserade. De upplever i högre grad att inläggningen varit berättigad och återinläggningar blir färre. Positiva vårderfarenheter är alliansskapande och ökar förutsättningarna för goda vårdresultat både på kort och på lång sikt (Svenska Psykiatriska Föreningen, 2013). En personcentrerad vård vilar på ett partnerskap mellan patienter och vårdpersonal, där berättelsen är utgångspunkten och förutsättningen. Fokus flyttas från sjukdomen till patienternas kunskap och erfarenheter (Ekman *et al.*, 2014). Forskning visar att patienter trots sin sjukdom kan uttrycka sina behov och ge goda förslag angående sin vård. De vill bli lyssnade på, få respekt och inte bli ”överkörda”. Det finns ett gott forskningsstöd för att vårdresultaten blir bättre och vårdtider kan förkortas om patienter känner sig lyssnade på och känner sig delaktiga i sin vård. Men lyssnar vården? Svaret är nej enligt SBU (012, 2017).

Efter en studie om patienters uppfattning om hur omhändertagandet vid tvångsvård kan förbättras (Andreasson & Skärsäter 2012) utvecklades den Individuella Samarbetsplanen (ISP) (Andreasson, 2013). Användbarheten prövades vid en psykiatrisk öppenvårdsmottagning. Planen ansågs som användbar för att minska tvångsvård. Därför fattades 2015 beslut om ett projekt för att testa användbarheten i större skala.

Kommenterad [EA1]: På sidan 20 presenteras resultat från 2015 och framåt

DEN INDIVIDUELLA SAMARBETSPLANEN

Den Individuella Samarbetsplanen (ISP) har utvecklats med stöd av en studie som beskriver patienters uppfattning av tvångsvård och hur den kan förbättras (Andreasson & Skärsäter, 2012). Den har validerats i ett pilotprojekt (Andreasson, 2013). ISP är ett personcentrerat verktyg vars syfte är att ge patienter en bättre vård med mindre tvång.

Patienterna utformar ISP med stöd av sina behandlingskontakter. ISP består av:

- *Utvärdering av psykiatrisk sjukhusvård*

Och två ISP-planer:

- *Handlingsplan vid Tidiga tecken* och
- *Delaktighet vid psykiatrisk sjukhusvård (DPS)*.

Utvärderingen av psykiatrisk sjukhusvård får patienter möjlighet att berätta om sina upplevelser av sin sjukhusvård, dela med sig och av synpunkter och betygsätta omhändertagandet de fått. Denna del hette inledningsvis i projektet *Utvärdering av tvångsvård*

Handlingsplan vid Tidiga tecken används för att hjälpa patienter att tidigt upptäcka och hantera tecken på försämring eller belastning och förhindra ett återinsjuknande. I planen kan de även göra en överenskommelse med vården hur situationen ska hanteras om de inte själva uppmärksammar att de mår sämre och behöver vård.

I *DPS* kan patienter formulera vilket omhändertagande och stöd de behöver, om de i framtiden behöver vård på sjukhus. Denna del hette inledningsvis i projektet *Delaktighet vid tvångsvård*.

För en mer detaljerad beskrivning, se bilagorna samt Andreasson (2013).

Erfarenheter av genomförandet

Inledningsvis erbjöds endast patienter som tvångsvårdats möjlighet att utvärdera sin vård (Utvärdering av tvångsvård). Då var det endast patienter med sjukdomsinsikt som fick möjlighet att uttrycka vilket omhändertagande och stöd de önskar vid en eventuell framtida sjukhusvård (Delaktighet vid tvångsvård (DT)).

Under genomförandet har såväl patienter som personal erfarit att ISP är ett bra verktyg vid all försämring, oavsett om patienten sjukhusvårdats, vårdas enligt LPT eller HSL. Men det har varit otillfredsställande att inte kunna erbjuda patienter utan sjukdomsinsikt möjligheten att utforma hur de önskar en eventuell framtida sjukhusvård. Det har också framkommit att ordet ”tvångsvård” är väldigt laddat för många patienter, att de tackar nej till ISP på grund det. Av dessa anledningar byttes ovanstående delar namn i samband med att materialet uppdaterades ISP juni 2017.

GENOMFÖRANDEPROCESS OCH RUTINER

På varje öppenvårdsteam/avdelning finns det ISP-ambassadörer. Ambassadörerna i öppenvårdsteamet driver och metodhänder, ger kollegor stöd att börja använda ISP-materialet, bevaka att rutiner följs och att ISP-planerna dokumenteras rätt. På avdelningarna bevakar ambassadörerna att rutiner för användandet av ISP-planerna följs och ansvarar för att synpunkterna i utvärderingarna tas till vara och sänds tillbaka till öppenvården. Läkargruppen har egna ambassadörer en för öppenvården och en för heldygnsvården. Deras uppgift är att ge och ta emot information och synpunkter från läkargruppen och liksom de andra ambassadörerna bevaka att alla har introducerats till och har kunskap om ISP.

Rutiner i användandet av ISP har utarbetats för att patienternas synpunkter ska tas tillvara och för att ISP-planerna ska kunna aktiveras åt patienten vid behov. Som ett stöd att använda och dokumentera ISP har öppenvården fått en processbild att följa. Från den finns möjlighet att också lägga till hyperlänkar till respektive dokument.

För att ta tillvara erfarenheter som görs i samband med aktiverandet av ISP-planer och för att planerna ska vara aktuella behöver patienterna regelbundet tillfrågas om de vill uppdatera sina ISP-planer när de aktiverats eller minst en gång per år. Många patienter väljer att uppdatera sina planer vilket resulterar i att de blir mer och mer utförliga.

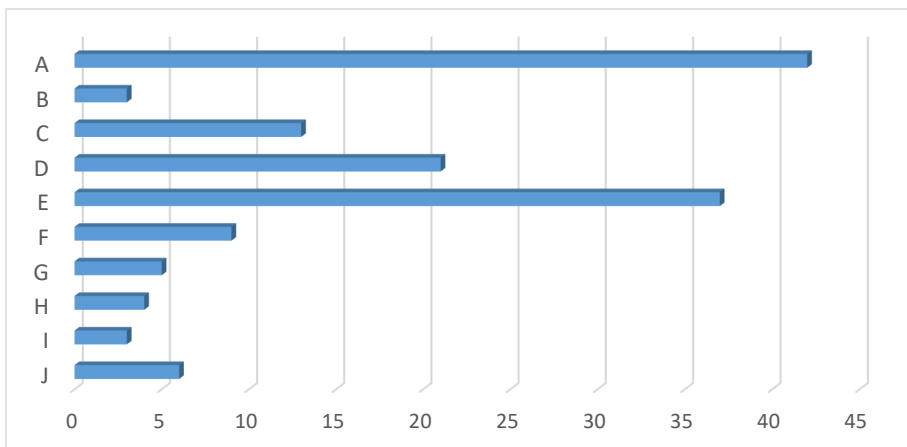
Många patienter sätter sitt hopp till att ISP-planerna ska skydda dem om de insjuknar. För att inte svika dem behöver dokumentationen fungera. ISP-planerna behöver skannas in i sin helhet i journalsystemet.

RESULTAT

Här följer en sammanställning av resultat från första införandet av ISP till och med 2017.

Genomförda utvärderingar

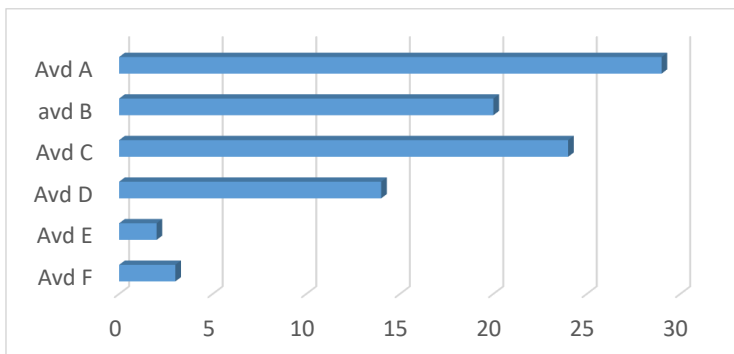
Nedan följer en redovisning av antal *Utvärderingar av psykiatrisk sjukhusvård/tvångsvård* som gjorts. Antal *Sammanställningar av utvärderingar* som skickats mottagits av heldygnsvården. Figur 1-2.



A-J motsvarar Psykiatri Psykos öppenvårdsteam.

Figur 1. Antal patienter som utvärderat tvångsvård/psykiatriska sjukhusvård fördelat på Psykiatri Psykos öppenvårdsteam (n = 142).

ISP utvecklades på Team A och började användas 2012. ISP introducerades för Psykiatri Psykos övriga mottagningar hösten 2015.



A-F motsvarar Psykiatri Psykos slutenvårdsavdelningar samt akutmottagningen

Figur 2. Utvärderingar som sammanställts och mottagits av heldygnsvården fördelat på respektive avdelning (n = 92).

Patienternas erfarenhet och synpunkter

Av Psykiatri Psykos 2668 patienter har 1835 (69 %) patienter tillfrågats om de har erfarenhet av tvångsvård. Erfarenheter av tvångsvård har 1260 (69 %) av dessa patienter. Av dem har 417 (33 %) patienter tillfrågats om de vill utvärdera sin tvångsvård/psykiatriska sjukhusvård. Utvärderat har 112 (27 %) patienter och 305 (73 %) patienter har avböjt.

Många patienter bär med sig negativa eller traumatiska minnesbilder av tvångsvård.

”Jag tror jag blivit hämmad av tvångsvården. Det känns hemskt och mörkt att ha blivit tvångsvårdad. Kände mig som en brottsling”.

”Jag regredierade på avdelningen och jag kände mig utsatt. Kände att det inte spelade någon roll vad jag gjorde”.

(Kommentarer från patient som utvärderat tvångsvård enligt ISP).

Tabell 1. Bakgrundsuppgifter om informanterna som utvärderat sin erfarenhet av psykiatrisk sjukhusvård enligt ISP, n=142*

| | |
|--|--------|
| Ålder | |
| 18-30 år | 6,5 % |
| 31-50 år | 46,5 % |
| > 50 år | 47 % |
| Kön | |
| Man | 44 % |
| Kvinna | 56 % |
| Diagnos | |
| Schizofreni (F20) | 33 % |
| Vanföreställningssyndrom (F22) | 11 % |
| Kortvarig psykos (F23) | 2 % |
| Schizoaffektiv sjukdom (F25) | 26 % |
| Ospecificerad icke organisk psykos (F29) | 19 % |
| Bipolär sjukdom (F31) | 4 % |
| Övriga diagnoser (62,93) | 5 % |
| Erfarenhet av tvångsvård | |
| 1-2 gånger | 50 % |
| 3-4 gånger | 24 % |
| 5-10 gånger | 17 % |
| >10 gånger | 9 % |
| Vill lämna synpunkter anonymt | |
| Ja | 39 % |
| Nej | 61 % |

*2 stycken vårdade enligt HSL.

Kunde tvångsvård ha undvikits?

Av de patienter som när de återhämtat sig är av uppfattningen att de behövde vård anser mer än hälften att tvångsvård hade kunnat förhindras med rätt bemötande och stöd. De ger också ofta förslag på hur. Dessa förslag erbjuds patienten att skriva ner i överenskommelsen i sin handlingsplan.



Figur 3. Patienter som svarat på om tvångsvård hade kunnat undvikas (n=70).

För att förstå sitt vårdbehov anser patienter att personalen behöver vara mer tydlig i sin kommunikation. De önskar bli mötta med dialog och få möjlighet att välja alternativ till sjukhusvård.

”Om öppenvården hade föreslagit alternativa lösningar med medicinering och ökad kontakt”.

”Jag hade velat få möjlighet att välja mellan ”pest och kolera” som alternativ till att inte få välja alls”.

Det kan vara svårt för patienter att uppmärksamma sina Tidiga tecken. De behöver hjälp med det och med tidiga insatser. Patienter berättar ibland inte för sina behandlingskontakter att de mår sämre av rädsla att det resulterar i ny tvångsvård. En förtroendefull vårdrelation är viktig, där en försäkran finns om att man strävar mot samma mål, att förhindra att symtomen blir så allvarliga att sjukhusvård blir oundviklig.

”Om jag blivit uppmärksam på min försämring av en sjuksköterska jag litar på hade jag kanske gått med på att fortsätta ta dem”.

”Det var en ande som styrde mig. Var rädd att prata om det med mina öppenvårdskontakter, att uppfattas tokig. Önskar en bättre vårdrelation för att kunna lite på personalen och kunna prata om det”.

Kunde tvångsåtgärder undvikits?

Ungefär hälften av de patienter som utvärderat sin tvångsvård har utsatts för tvångsåtgärder.

Av dem anser 22 patienter (55 %) att tvångsåtgärder hade kunnat undvikas och ger ofta exempel på hur situationen hade kunnat hanteras i stället. I svaren framkommer behovet av att personalen är tydlig i sin kommunikation och tydlig med vilka konsekvenser det kan medföra att tacka nej till vård. De vill att personalen bemöter dem som jämbördiga och förklarar att de vill hjälpa. Dessa förslag har patienterna fått skriva ner i samband med utformandet av *Delaktighet vid psykiatrisk sjukhusvård/Delaktighet vid tvångsvård*.



Figur 4 Patienter har svarat om tvångsåtgärder kunnat undvikas (n=86).

"De måste vara tydliga med att de vill lösa konflikten för att lugna mig. Jag vill ha "raka rör". Rak kommunikation. Bemöter de mig så hade de varit lätt att få en dialog med mig".

"Förklara varför jag behövde vård och vilka konsekvenser mitt agerande kan få, t ex att man kan bli bältad om man inte lugnar ner sig"

Det finns också patienter som är av uppfattningen att tvångsåtgärderna var nödvändiga.

"Det var OK. Personalen pratade och förklarade..... Det var inte så farligt".

Många patienter känner sig utlämnade när de utsetts för tvångsåtgärder. De är rädda för vad som ska hända med dem, för smärtan vid injektion, att få fel läkemedel eller att bli förgiftade. Det är lugnande att ha personal vid sin sida. Någon som pratar och lyssnar.

"Jag låg på rygg med endast nattskjorta på. Inget som skylde mig och ingen som var närvarande i rummet. Någon tittade till ibland. Det kändes helt förfärligt att vara så utlämnad".

"Blev rädd att jag skulle få fel injektion".

"Dålig information om vad som skulle hända"

Akutmottagningen vid bältning: *Fick lite stöd av en manlig personal som stannade kvar när de andra gick ut"*

Behövde du restriktioner?

I utvärderingarna besvarades frågan av 94 patienter. Av dem svarade 40 patienter (43 %) nej medan 54 patienter (57 %) anser att de hade behövt restriktioner. De restriktioner de nämner är; begränsad frigång, 36 patienter (67 %) ansåg att det, 12 patienter (22 %) uppgav att de behövde begränsas i användandet av mobil/dator, en patient uppgav behov av att begränsas i användandet av kontokort och en patient uppgav att hen behövde begränsas med hjälp av isolering.

"Det var bra att gå ut med personal eller anhörig i början av vårdtiden".

"Det var bra att jag fick lämna min mobil så att jag inte ringer/sms:ar ner mina vänner".

Patienterna tillfrågas om de vill träffa personalen som tvångsvårdat dem

Av 140 patienter önskar 7 patienter (5 %) träffa personalen från sin tvångsvårdstid igen. Patienterna har då fått komma med synpunkter på hur det ska ske.

Det har inte framkommit varför så många patienter väljer bort möjligheten att träffa personalen som tvångsvårdat. En anledning kan vara att möjligheten att utvärdera sin tvångsvård är ny. Det innebär att det är många patienter som har erfarenhet av tvångsvård långt bak i tiden. Det innebär att de vårdavdelningar där de tvångsvårdades inte längre finns kvar. En annan orsak kan vara önskan och behov av att lämna tvångsvårdstiden bakom sig.

Patienternas kommentarer på att få utvärdera sin tvångsvårdstid**En hjälp att förstå och bearbeta**

Många patienter tycker det är positivt och nyttigt att få möjlighet att utvärdera sin tvångsvårdstid, för att förstå och kunna lämna perioden bakom sig. Det är en ny erfarenhet.

"Utvärderingen hjälpte mig att bättre förstå vad som hände under perioden".

"Bra att det kom fram sådant jag inte pratat om tidigare".

Det är smärtsamt att i tankarna och ord återknyta till tiden för tvångsvård. Trots det uppskattar patienterna att få den möjligheten.

"Kom mycket tankar och känslor efteråt. Mycket ilska. Det var nog bra att få utvärdera".

"Det kändes bra att få prata om upplevelserna, men jobbigt också att minnas hur det var".

De behöver känna sig redo

Patienterna behöver tid att återhämta sig efter sjukdomsskicket och situationen behöver stabiliseras innan de är redo för att utvärdera sin vård. De behöver få distans till det som hänt för att klara av att utvärdera och att reflektera. Det kan vara svårt att komma med negativ kritik till dem som tvångsvårdad. Därför anser patienter att det en fördel att utvärderingen av tvångsvård sker i öppenvården när de känner sig redo.

”Det känns bra att göra utvärderingen nu när jag tillfrisknat och fått distans till det. När jag blir utskriven, vill jag bara gå hem. Det är lätt att svara positivt på allt. Kan få känslan av att om jag klagat för mycket kanske jag måste stanna längre”.

En klinisk bedömning när patienter är redo att utvärdera sin vård görs av den person i öppenvården som känner patienten bäst.

Personalens synpunkter på att låta patienterna utvärdera sin tvångsvård

Genom att ta del av patienternas utvärderingar får personalen feedback på omhändertagandet de gett och redskap att använda till förbättringsarbete. I en stressig arbetsmiljö är det lätt att sluta reflektera över hur stor patienternas upplever sin utsatthet. Genom att personalen regelbundet tar del av patienternas utvärderingar motverkas detta. Nedan några kommentarer från personal.

Det finns ett behov hos patienter att prata om sina erfarenheter av tvångsvård.

Det finns ett tydligt behov hos många patienter att få berätta om sina erfarenheter och göra sin röst hörd. Personalen har tidigare inte haft vanan eller rutin för att erbjuda patienterna det. Även om det är smärtsamt i stunden att berätta om sina erfarenheter upplever de flesta patienter det som mycket värdefullt.

”Det finns ett behov av att prata om erfarenheten av tvång. Det har vi inte gjort tidigare. Det är skönt att ha ISP som koncept att utgå ifrån”.

Ett bra verktyg för att förbättra vården

Patienterna uppskattar att vara med och förbättra vården för sig själv och för andra. De har mycket viktig kunskap att dela med sig av. *ISP utvärdering* är ett bra verktyg att utgå ifrån. Patienter blir glada och stolta när de får tillbaka tacksamma kommentarer från heldygnsvården på synpunkterna de lämnat.

”En stor och viktig uppgift vi har är att förhindra inläggning. ISP är ett tydligt verktyg för det”

”Fördelen med ISP är att det finns en linje, vad vi ska prata om. Det gäller både när man använder Handlingsplanen och gör en utvärdering av tvångsvård”.

”Många patienter blir väldigt glada när de får feedback för sin utvärdering från slutenvården”

”Bra att få delge bra och dåliga exempel på hur vården bedrivs”

Patient som sjukhusvårdats till sin behandlingsansvarig i öppenvården:

”Det blev inte så bra så jag skulle vilja utvärdera min vård”

49 av 117 patienter (42 %) har valt att vara anonyma när de delar med sig av sina synpunkter till heldygnsvården. Det kan indikera att det finns rädsla en för negativa konsekvenser av att ge kritik.

Alliansen stärks

Erfarenheten är att alliansen till patienterna stärks när de fått möjlighet att berätta om sina erfarenheter av tvångsvård. Det finns patienter som är mycket arga och kränkta över sin tidigare tvångsvård. De har tidigare varit negativa till samtal med personal. Men eftersom deras synpunkter på vården, med hjälp av ISP, dokumenteras och sprids har de varit positiva till att berätta om sina erfarenheter.

”Jag upplever att jag fått en fördjupad relation med de patienter jag gjort ISP med”

”Att patienten fått använda ISP har inneburit att jag nu fått komma hem till henne. Ha inte fått det innan. Alla kort är öppna nu. Jag tror att det är det som bidragit”.

”Jag har sett en helt annan sida hos patienten. Han är en högutbildad person och har varit väldigt kapabel, men varit väldigt sjuk. Samtalen har fokuserat på det. I utvärderingen kunde han släppa det. Han ville träffa personalen i slutenvården och vill ha mig med.”

”En patient som är mycket arg och kränkt över den tvångsvård hon fått har fått har utvärdera sin tvångsvård enligt ISP. Hon tyckte det varit positivt att det dokumenteras vad hon känner och tycker så att det sprids”.

Det finns en misstro mot psykiatrin

Många patienter känner sig inte lyssnade på och det finns patienter som inte tror att personalen kommer att ta hänsyn till deras åsikter eller önskemål. Det visar sig när de skattat hur meningsfullt det varit för dem att utvärdera sin tvångsvård men också i kommentarer.

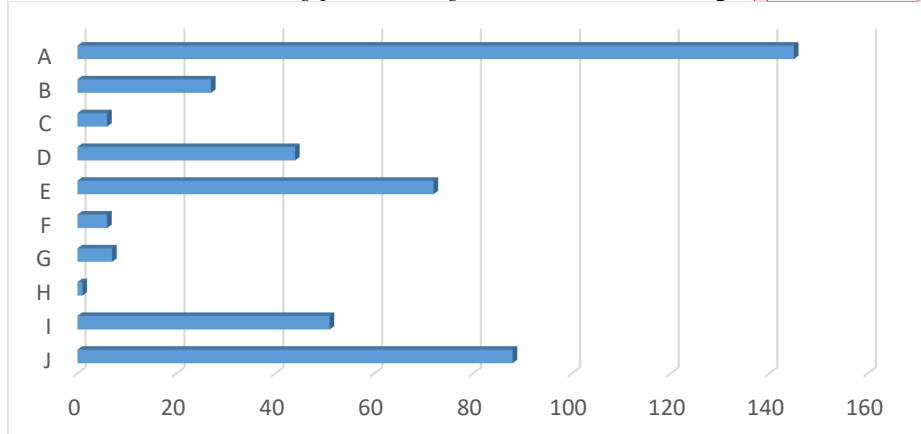
”Gör vad ni vill med det där pappret”

Patienternas misstro mot vården kan vara en av anledningarna till att patienter tackar nej till att utvärdera sin tvångsvård. För att ge dem ett ”kvitto” på att vården lyssnar och att deras synpunkter tagits tillvara, signerar heldygnsvården att de tagit del av utvärderingen med en kommentar till patienten. Den sänds sedan tillbaka via patientens öppenvårdskontakt.

Handlingsplan vid Tidiga tecken

Nedan beskrivs antal *Handlingsplan vid Tidiga tecken* som utformats, figur 5.

Kommenterad [EA2]: Varför ta bort denna?

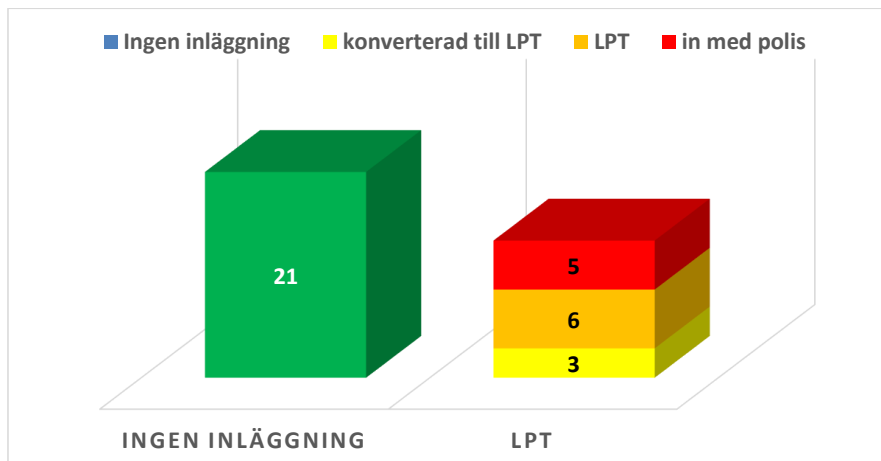


A-J motsvarar Psykiatri Psykos öppenvårdsteam.

Figur 5. Antal patienter som fått utformat en *Handlingsplan vid Tidiga tecken*, fördelat på Psykiatri Psykos öppenvårdsteam (n = 447).

När överenskommelsen i handlingsplanen aktiverats av vården

I 62 % av de tillfällen då överenskommelsen i handlingsplanen aktiverades kunde inläggning på sjukhus undvikas. Övriga gånger blev resultatet vård enligt LPT, figur 6.



Figur 6. Antal överenskommelser enligt *Handlingsplan vid Tidiga tecken* som aktiverats n = 35

Tabell 3. Sociodemografiska uppgifter om informanterna som har ISP handlingsplaner, där överenskommelsen aktiverats (n =34).

| Ålder | |
|--|----|
| 18-30 år | 3 |
| 31-50 år | 18 |
| > 50 år | 13 |
| Kön | |
| Man | 12 |
| Kvinna | 22 |
| Diagnos | |
| Schizofreni (F20) | 13 |
| Vanföreställningssyndrom (F22) | 9 |
| Kortvarig psykos (F23) | 4 |
| Schizoaffectiv sjukdom (F25) | 5 |
| Ospecificerad icke organisk psykos (F29) | 3 |

Patienter tycker att de fått ett bättre omhändertagande jämfört med tidigare. Trots att LPT-vård inte kunnat undvikas uttrycker flera av patienterna att de förstår att de behövt vård. De är nöjda med att försök gjorts att förhindra inläggning och önskar att situationen hanteras på samma sätt om de blir sjuka igen. Dessa patienter upplevde inte tvångsvården lika traumatiserande som tidigare. De kände sig mer delaktiga och respekterade denna gång eftersom de kom till tals med hjälp av sin plan.

Patienternas erfarenhet av Handlingsplan vid Tidiga tecken

Det finns ett okänt antal tillfällen då patienter själva, eller med stöd vårderna eller sina anhöriga aktiverat handlingsplanen. Nedan beskrivs några erfarenheter från patienter och personal.

Den skapar förståelse för sjukdomen och sjukdomssymtomen

Den hjälper patienter att lära sig hur de kan förbygga ett återinsjuknande och främja återhämtning. Patienterna har haft lättare att uppmärksamma sina Tidiga tecken med hjälp av handlingsplanen. Användandet har ökat patienternas självständighet, att ta ett ökat ansvar för sin sjukdom.

”Det är bra att höra/förstå hur andra ser på min situation när jag är sjuk”.

”Nu har jag lusläst min handlingsplan och kommit fram till att jag har Tidiga tecken”.

Den inger trygghet och ökar tilliten till personal

ISP ökar förutsägbarheten i samband med ett omhändertagande. Den ökar tryggheten för patienter och minskar risken för negativa vårderfarenheter. Den hjälper dem att våga tro på sin egen förmåga. De patienter som undvikit sjukhusvård genom att följa åtgärderna i sin handlingsplan är mycket stolta över sig själva och uttrycker tacksamhet.

"Jag känner mig trygg med den Individuella samarbetsplanen...när den aktiverades behövde jag inte läggas in på sjukhus".

Patienter vågar ibland inte berätta för sin läkare eller behandlingskontakt att de har symtom av rädsla för ny tvångsvård. Med hjälp av handlingsplanen minskar rädslan. Eftersom det finns en gemensam plan minimeras risken. Tilliten till behandlingskontakten ökar och patienterna blir mindre rädda att berätta när de mår sämre.

"Nu vågar jag berätta för min Case manager när jag har Tidiga tecken".

"När min Case manager visar planen för mig litar jag på vad som står... att jag behöver hjälp... Det står ju så på planen".

Personalens erfarenhet av Handlingsplan vid Tidiga tecken

Patienter tar ökat ansvar för sin sjukdom och hälsa

Patienterna har fått en ökad förståelse och kunskap om sin sjukdom. Det har visat sig kliniskt genom att patienter som tidigare inte samarbetat med vården har tagit ökat ansvar för sin sjukdom. Det har varit lättare att motivera dem att ta emot vård.

"Hon tar själv initiativ till att höja sin medicin... det har aldrig hänt förut".

"Vid senaste tillfället ringde patienten själv, berättade att sömn försämrats och att hon tagit extra medicin. Patienten börjar lära sig att vara mer självständig".

"Hon tyckte att det var bra att använda handlingsplanen, även om det blev LPT och hon vill ha samma upplägg nästa gång".

Patienter som tidigare inte velat ta medicin eller varit emot att höja medicin har själva tagit initiativ till att höja sin medicin enligt sin handlingsplan. Det har visat sig är lättare för patienter att acceptera en medicinhöjning om de själva tar initiativ till den. En läkarordination på höjning medför att läkaren också beslutar när en sänkning ska göras.

Patienter är inte vana med att ha en flexibel medicindos, att få höja medicinen på eget bevåg. De har inledningsvis behövt stöd för att våga göra det. Patienterna har kontaktat sin öppenvård, sagt att de uppmärksammat att de har Tidiga tecken och frågat om de får lov att höja medicinen så som det står på planen.

Patienten ringde till Mobila teamet och sa " Nu har jag sådana symtom som står i Handlingsplanen. "Då kan jag väl höja Seroquel som det står".

Mobila teamet: "Ja gör det och kontakta din Case manager i morgon".

Vårdrelationen fördjupas

Användandet av ISP-handlingsplan vid Tidiga tecken har ökat patienternas tillit till vården. De känner sig både delaktiga och respekterade. Det har varit särskilt tydligt i samband med att överenskommelsen i handlingsplanen aktiverats. Samtal med patienter sker på en djupare mer förtroendefull nivå. Patienter har fått erfarenhet av att det finns andra alternativ än inläggning på sjukhus vid ett återinsjuknande. Det är mindre laddat för dem att berätta att de har symtom. För patienter där det tidigare varit uteslutet att föreslå läkemedelsbehandling har det blivit möjligt att nämna medicinering.

”Det är mer oladdat att prata med patienten att hon har Tidiga tecken”.

”Jag upplever att jag fått en fördjupad relation med de patienter jag gjort ISP med... vi har börjat prata om ”elefanten i rummet”.

”Jag har kunnat börja prata om medicinering med min patient, trots att hon inte vill ha medicin”.

En trygghet för patienter, personal, anhöriga och vårdgrannar

Patienter har börjat hänvisa till sina handlingsplaner vid läkarsamtal. Det skapar tryggare möten för båda när kontakten är ny.

Handlingsplanen ökar patienternas förståelse och samarbetsvilja.

”Det är skönt att det finns en plan även om det inte är patienten själv som aktiverar den så visar han förståelse, samarbetsvilja och följer överenskommelser enligt planen”.

Handlingsplanen är inte personalbunden vilket innebär en trygghet för både patienter och personal. Även om patienten är okänd när en akut situation behöver hanteras underlättas omhändertagandet. Det är tryggt som behandlingsansvarig att veta att man inte är outhärlig, och för patienten att planen fungerar och följs även om ordinarie behandlingsansvarig inte själv är på plats och bevakar att så sker.

”Det är tryggt att veta att det finns en plan som fungerar utan att jag behöver vara på plats... jag är inte outhärlig” (Citat från behandlingsansvarig i öppenvård)

Det upplevs tryggt att veta att patienterna själva eller med stöd av anhörig aktiverar planen vid en försämring. Det underlättar att i förväg veta hur patienterna vill att deras anhöriga ska involveras. Det gäller både om patienten vårdas i öppenvården eller i heldygnsvården.

”Det är en stor hjälp att, i förväg ha pratat om hur han vill att de anhöriga ska vara delaktiga”.

Att få vara med och utforma och/eller ta del av sina närståendes handlingsplan innebär en trygghet för anhöriga. Den ger dem vägledning om hur situationen ska hanteras om deras närstående blir sjuk. Det upplevs tryggt för anhöriga att veta att det finns en plan för alternativ till tvångsvård.

”Anhöriga som har haft svårt att bemöta sin närstående när hon inte mår bra har varit mycket tacksamma att få tillgång till handlingsplanen, där det står hur hen vill bli bemött”.

Uppfattningen från personal är att ISP också ökar samarbetet mellan öppen- och heldygnsvården samt med vårdgrannar. Det upplevs tryggt för boendestödspersonal att det finns en plan att följa om brukaren återinsjuknar.

Patienterna kan eller vill ibland inte utforma en handlingsplan

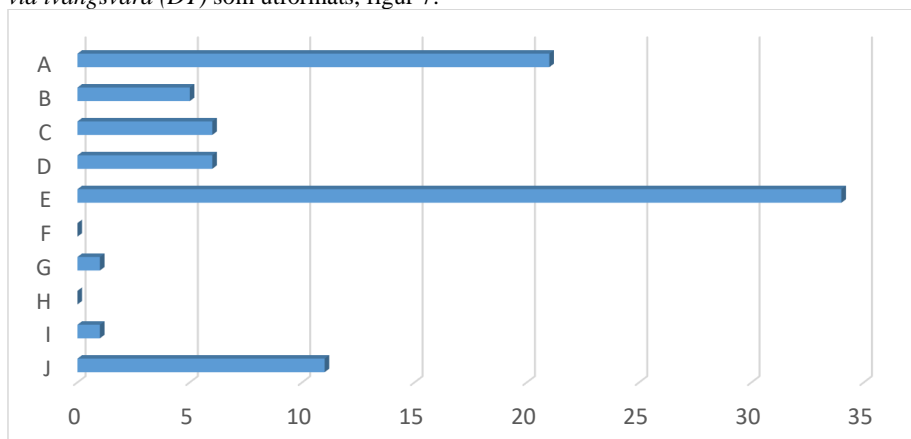
Det är ibland en utmaning för vården att motivera patienter att utforma en handlingsplan. Om patienter inte vill eller kan vara delaktiga i utformandet av en handlingsplan kan som ett första steg deras Resursgrupper (som kan bestå av läkare, Case manager, anhöriga, boendestödjare) utforma planen åt dem. Resursgruppens kunskap som finns rörande den enskilda patientens behov tas då ändå tillvara. Både vård - och boendepersonal upplever det som positivt när så skett. Det har underlättat att ha en plan för hur situationen ska hanteras och det har gjort personal tryggare i det akuta omhändertagandet. Det ökar förutsättningarna för ett gott och tryggt omhändertagande även av patienten.

Det finns patienter som tackar nej till att utforma en handlingsplan, eftersom de inte anser sig sjuka. Några patienter kan trots det hålla med om att de ibland mår sämre, eller att läkaren ibland gör bedömningen att de behöver sjukhusvård. Med den inriktningen i samtalet finns det erfarenhet av att det går att få patienten utforma en handlingsplan med en överenskommelse om hur situationen ska hanteras bäst för att förhindra sjukhusvård.

Att motivera patienten till att vara delaktig, eller mer delaktig i utformandet av handlingsplan är en process. Patienten behöver förstå nyttan med handlingsplanen att den inte bara är ännu ett "papper" att fylla i. Motivationen till detta får patienterna om det blir tydligt att planen används.

Delaktighet vid psykiatrisk sjukhusvård (DPS)

Nedan en beskrivning av antal *Delaktighet vid Psykiatrisk sjukhusvård (DPS)/Delaktighet vid tvångsvård (DT)* som utformats, figur 7.



A-J motsvarar Psykiatri Psykos öppenvårdsteam.

Figur 7. Antal patienter har utformat en *Delaktighet vid tvångsvård/psykiatrisk sjukhusvård* fördelat på respektive öppenvårdsenhet (n = 85)

Patienternas erfarenhet

Patienterna tyckte att det var mycket meningsfullt att få utforma DPS/DT. De känner tilltro, hopp och trygghet i att ha en nedskriven plan, vilket omhändertagande de önskade vid en eventuell framtida sjukhusvård.

"Jag kommer ihåg mycket och klarar nu att uttrycka hur jag vill ha det om det händer igen".

Många patienter känner stor förhoppning att få utforma planen och tar utformandet på stort allvar.

"Du fick väl med att de kör försiktigt om de kör in mig till sjukhuset".

Det finns patienter som anser att riskerna för ett återinsjuknande är obefintligt. De har varit mindre benägna att utforma en DPS/DT. Det finns också patienter som inte anser att det är lönt att berätta hur de vill ha det eftersom "ingen ändå kommer bry sig".

Endast ett fåtal patienter har erfarenhet av att DPS/DT aktiverats i heldygnsvården, men de anser att planen hjälpt dem att få ett bättre omhändertagande.

"DPS gav ett bra resultat – slutenvård kunde motivera patienten till medicinering".

Kontaktperson visar DPS för sin patient:

- "Är det så här du vill ha det?"
- "Ja, precis så vill jag ha det."

Patienten uttryckte att hon aldrig fått så bra vård förut. Son tack köpte hon blommor och choklad till personalen när hon skrevs ut från sjukhuset.

DT användes vid ett tillfälle i samband med frivillig vård. Då kunde patienten vårdas frivilligt under hela vårdtiden, vilket inte brukar vara möjligt för denna patient.

Användandet av ISP spar resurser

Kliniska erfarenheten har visat att användandet av *Handlingsplan vid Tidiga tecken* är resurssparande. Ur en hälsoekonomisk aspekt innebär det att de 21 förhindrade inläggningar på sjukhus, som presenteras i denna rapport, ger en ungefärlig besparing på 2 310 000:- Räknat på en vårdkostnad på 110 000:- per inläggning (15 000:- första dygnet och 10 000:- följande dygn och en medelvårdtid på 21 dygn).

Det finns erfarenhet av att vårdtider kunnat förkortas när *Handlingsplan vid Tidiga tecken* och *DT/DPS* aktiverats i heldygnsvården.

”Det var bra att använda handlingsplanen. Den har hjälpt mig att vara på sjukhuset i god tid... så kände jag mindre psykosymtom”.

När patienterna lärt sig använda handlingsplanen eller har tät kontakt med sina anhöriga som tagit aktiv del i utformandet av planen har kontakten med patienter i många fall kunnat glesas ut.

När läkaren varit delaktig i utformandet av handlingsplanen och patienten har en ordination om hur medicineringen kan höjas vid Tidiga tecken har ingen värdefull tid spillts innan akuta åtgärder i öppenvården kunnat sättas in. Patienter som lärt sig använda sin handlingsplan själva har tagit initiativ till att höja sin medicindos eller med stöd av sin behandlingskontakt eller anhöriga. På så vis har läkartid sparats.

Handlingsplanen och *DT/DPS* har varit en hjälp i bedömning i samband med besök hos jourläkare på akutmottagningen.

Besök på akutmottagningen har förhindrats. När öppenvården varit stängd på helgerna har patienter självständigt eller med stöd av anhöriga tillfälligt hanterat en försämring med hjälp av åtgärderna i sin handlingsplan.

Användandet av handlingsplanen har bidragit till fler frivilliga inläggningar. Det har varit lättare att resonera med patienterna om att de behöver vård, vilket inneburit att patienter som tidigare inte kunnat tas in utan poliseskort har följt med frivilligt till sjukhuset. Med stöd av önskemål de formulerat i sin handlingsplan har patienter upplever inläggning som mindre dramatisk än vid tidigare tillfällen.

Mellan 2015 och 2017 har antalet vårdtillfällen med LPT minskat med 7 %. Det är svårt att avgöra orsaken till minskningen eftersom andra interventioner pågår på verksamheten så som t.ex., införandet av personcentrerad vård (PCPC), Interaktivt bemötande, FACT, RACT (Resursgrupps-ACT). Klart är att det finns en överensstämmelse i tid mellan införandet av ISP och minskningen av antalet vårdtillfällen med LPT.

SLUTSATS

Det är en långsiktig process att börja se patienten som en resurs. ISP är ett verktyg att använda i den processen. När patienter och personal lärt sig använda ISP är erfarenheten att det spar lidande för patienter och anhöriga, resurser och kostnader för vården. Det är sannolikt en hälsoekonomisk investering att införa ISP. Sjukhusvård har kunnat undvikas och vård dagar på sjukhus minskat.

Det finns mycket forskning som visar vad patienter önskar och behöver för en personcentrerad vård, men få redskap. ISP är ett praktiskt hjälpmedel som ger patienter möjlighet att utöva sin demokratiska rätt att styra över sin behandling. I planerna får patienter hjälp att skraddarsy hur de önskar att vården ska genomföras, vilket tidigare inte gjorts rutinmässigt. ISP kan bidra till att förtroendet för vården återupprättas och att förhindra framtida negativa vårdupplevelser. Mervärdet är att patienter fått en ökad förståelse för sin sjukdom, tagit ökat ansvar för sin hälsa och fått ett ökat förtroende för vården. Därför är det viktigt att vården hjälper patienterna att aktivera ISP vid behov, då det kan leda till att framtida återinsjuknande och sjukhusvård kan undvikas.

För att införa ISP i verksamheten krävs:

- Att ledningen verkar för och stödjer införandet
- Att ambassadörerna får den tid som krävs och mandat att utföra sitt uppdrag
- Att det finns tydliga rutiner för hur dokumentationen ska säkerställas

EFTERORD

Intresse för ISP finns på många håll både inom vården och i Göteborgs kommun. ISP vann Sahlgrenska Sjukhusets årliga kvalitetspris 2016 för Område 2.

Föreläsningar om ISP ingår i sjuksköterskeprogrammet på specialistutbildningen i psykiatri sedan några år. Det har också ingått i 7,5-poängsutbildningen i Vård och Stöd i Göteborg och Uddevalla 2016 och 2017.

Flertalet tidskrifter har uppmärksammat ISP:

- Dagens Medicin 2015
- Schizofreniförbundets tidskrift Empati 2016
- Psykiatriska Riksföreningen för sjuksköterskors tidskrift Psyche 2016

ISP har presenterats på:

- Jonsereds seminarium 2014 – Tvång i psykiatrin- Omsorg eller övergrepp, för ett flertal psykiatriska team i Stockholm, Göteborg och Malmö., vid flera Psykiatrikonferenser, för Intresseföreningen för schizofreni för att nämna några.

Även utomlands har ISP presenterats; Vid två tillfällen för holländska team på besök i Sverige och på *International Academy of Law and Mental Health*, i Prag 2017.

Fördjupad information

Finns intresse att börja använda ISP rekommenderas en introduktion.

Mer information och kontaktuppgifter hittar du på sidan:

<https://www.sahlgrenska.se/forskning/kompetenscentrum-for-schizofreni/>

(Välj undersidan Arbetsmetoder.)

REFERENSER

Andreasson E. & Skärsäter I. (2012) Patients treated for psychosis and their perceptions of care in compulsory treatment: Basis for an action plan. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 19, 15–22.

Andreasson, E. (2013). En individuell samarbetsplan- förbättra omhändertagande vid tvångsvård. (Rapport från Kompetenscentrum för Schizofreni, Psykiatri Psykos Sahlgrenska universitetssjukhuset Nr 2/13). Göteborg: Västra Götalandsregionen

Andreasson, E. (2016) Individuell Samarbetsplan – beskrivning av Projekt ISP 2016-10-07.

Ekman, I., Norberg, A. & Swedberg, K. (2014). Tillämpning av personcentrering inom hälso- och sjukvård. I I. Ekman (Red.), *Personcentrering inom hälso- och sjukvård* (s.69-92). Stockholm: Liber.

Jarrett M., Bower L. & Simpson A. (2008). Coerced medication in psychiatric inpatient care: literature review. *Journal of Advanced Nursing* 64, 538–548.

Lilja L. & Hellzén O. (2008). Former patients' experience of psychiatric care: A qualitative investigation. *Journal of Mental Health Nursing* 17, 279–286.

Mueser K.T., Lu W. & Rosenberg et al. (2010). The trauma of psychosis: Posttraumatic stress disorder and recent onset. *Schizophrenia research* 116, 217–227.

Olofsson B. & Jacobsson L. (2001). A plea for respect: involuntary hospitalised psychiatric patients' narratives being subjected to coercion. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 8, 357–366.

Socialstyrelsen 2017. *Tvångsvård*. Tillgänglig
<http://www.socialstyrelsen.se/regelverk/tvangsvard>

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU). (2012). *Schizofreni – Läkemedelsbehandling, patientens delaktighet och vårdens organisation*. Stockholm: Statens beredning för medicinsk och social utvärdering.

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU). (2017). *Patientdelaktighet i hälso- och sjukvården*. Stockholm: Statens beredning för medicinsk och social utvärdering.

Svenska psykiatriska föreningen. (2013) *Psykiatrisk tvångsvård: Kliniska riktlinjer för vård och behandling*. Stockholm. Gothia Fortbildning AB.

Tarrier N., Khan S. & Cater J. et al. (2007). The subjective consequences of suffering a first psychosis: trauma and suicide behaviour. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 42, 29–35.

Bilagor

Bilaga 1. Sammanställning – Utvärdering av psykiatrisk sjukhusvård

| | |
|--|--|
| Namn (ej obligatorisk) För Efternamn | Utvärderingen gäller vård på avdelning: 240 |
| Öppenvårdsmottagning Nå Ut teamet | Datum för vårdtillfället/erna (räcker med år) 2017 |
| Intervjuare För Efternamn | Datum för utvärdering 2017-02-23 |

1. OMSORG

a. Omsorg i form av känslomässigt stöd

Vilket känslomässigt stöd satte du värde på att få?

Att personal på ett lugnt sätt förklarade för mig hur jag skulle göra för att må bättre, att jag skulle ta min medicin och sova för att må bättre – jag smusslade med tablettorna. Fick stöd av en kvinnlig personal hur jag skulle göra för att slappna av och få luft. Var många av personalen jag var rädd för och inte litade på, men litade på de som berättade och visade vad jag behövde och skulle göra för att må bättre.

Vad saknade du?

Det hade känts bra om personalen kom till mig, frågade hur jag mådde och om det var något de skulle kunna hjälpa mig med.

Det hade varit bra om personalen frågade runt vilka som ville gå ut. Jag behövde gå i sällskap med flera för att inte vara så rädd.

Kändes otryggt att vara så oövervakad när jag rökte. Var rädd för att medpatienterna skulle tända eld på mig.

b. Omsorg i form av praktiskt stöd

Vilket praktiskt stöd satte du värde på att få?

Att få hjälp av kuratorn att betala mina räkningar.

Vad saknade du?

2. SKYDD

a. Att få känna sig trygg

Vad fick dig att känna dig trygg?

De lät mig sova i dagrummet.

Vad fick dig att känna dig rädd eller otrygg?

Kändes instängt att få eget rum. Var rädd för att vara ensam och det kändes som jag var i ett fängelse.

Vilket bemötande/stöd hade du behövt för att känna dig trygg och/eller slippa vara rädd?

Behövde känna att jag var övervakad och ha dörren öppen. Var rädd för att någon skulle komma in till mig och kväva mig med en plastpåse.

Det hade varit tryggt om personalen tittade till mig oftare.

b. Tvång (fills i om utvärderingen gäller tvångsvård)

Hade tvångsvården kunna förhindras? Ja Kanske Nej

Hur?

Vilket bemötande hade du behövt för att förstå och acceptera att ta emot vård?

Vilka behandlingsinsatser behövde du?

Utsattes du för tvångsåtgärder? Ja Nej
 Hade tvångsåtgärder kunnat förhindras? Ja Nej Vet inte
 Hur?
 Vilket bemötande hade du behövt för att förstå och acceptera att ta emot vård?
 Vilka behandlingsinsatser behövde du för att acceptera att ta emot vård?
 Hur upplevde du att vårdpersonalen utförde tvångsåtgärden/erna?

Restriktioner/begränsningar

Behövde du restriktioner/begränsningar Ja Nej
 Vilka?
 Det var bra att jag inte fick ha min mobil - Hade ringt till polisen när jag var på Sahlgrenska och sagt att jag var inlåst och att de skulle hjälpa mig ut.
 Fick du restriktioner? Ja Nej
 Vilka? De tog ifrån mig min mobil.
 Vad anser du om restriktionerna du fick?
 Det var bra.

3. FÖRSTÅELSE

Vilken information satte du värde på att få?
 Fick information om avdelningen och rutinerna.
 Vilken information saknade du?
 Fick gå ner till sociala klubben. Jag visste inte vad det var och tackade därför ja. Kände att det var för tidigt eftersom jag var rädd för att möta andra ansikten. Hade varit bra om jag fått mer information. Då hade jag tackat nej.
 Hade behövt få information om varför jag skulle vårdas på tvång. Jag kom ju dit frivilligt. Hade velat få information om hur länge de bedömde det skulle ta innan jag fick gå ut själv eller komma hem. Den information jag fick om det var när jag valde mat från matsedel. Då förstod jag att jag inte skulle få åka hem dagen efter.
 Gick i början med patientkläder. Trodde inte jag fick lov att ha mina egna kläder. Hade behövt informeras om det.
 Hur behövde informationen ges och vara utformad för att du skulle förstå den och ta den till dig?
 Jag hade inga svårigheter att förstå information.

4. VÅRDMILJÖN

Vad satte du värde på i vårdmiljön och i rutinerna?

Personalen kom direkt när jag ringde på dem och att jag fick dela rum så småningom. Det var bra att personalrummet stod öppet. Då kunde jag lätt ta kontakt med personalen om jag behövde det.
Bra med GP varje dag. God mat och hygieniskt hanterande av maten.
Det var bra att det fanns en skärm mellan sängarna.

Vad skulle du vilja förändra i vårdmiljön och i rutinerna?

Miljön var ofräsch, smutsig och dammig. Avloppet i duschen var täppt, persiennerna var trasiga, ventilen var loss. Patienttelefonen var trasig i flera dagar. Spegeln på rummet var trasigt. Tolkade i mitt psykotiska tillstånd att det skulle bli "sju svåra år"
Blev förflyttad till annan avdelning helt plötsligt förstod inte varför.
Önskade att jag hade haft fasta tider för läkarsamtal inplanerade, inte bara få reda på det strax innan samtalet.
Hade svårt att andas. Det försvårades av att viss personal hade väldigt stark parfym samt att de sprayade med luftrenare på avdelningen. Mycket varmt på avdelningen. För få fläktar och jobbigt att det inte gick att öppna fönstren för att vädra ut den varma luften. Den hade behövts air kondition.
Hade varit bra om det fanns en informationstavla (Whiteboard) med dagens aktiviteter, t.ex. mattider och sociala klubben, med en kort beskrivning av dagens tema för den.
Någonstans där patienterna kunde lämna in sina synpunkter och önskemål.

5. RESPEKT

På vilket sätt kände du dig respekterad?

Jag fick alltid hjälp om jag bad om det. De svarade mig vänligt och glömde inte bort mig när de lovat mig något. De lyssnade på mig och på mina åsikter när jag uttryckte hur jag ville ha det. Fick t ex ta mig något extra att äta om jag ville ha det.

Upplevde du vid något tillfälle att du inte respekterades?

Jag skämdes för folk jag mötte vid promenad med personal eftersom personalen jag gick ut med hade sina blå rockar på sig.

6. DELAKTIGHET

På vilket sätt fick du vara med och påverka din vård?

Fick vara med och välja vilken medicin jag skulle ha.

Hur delaktig ville du vara och fick du vara

Så mycket som möjligt.

Vilka områden var viktiga för att få vara delaktig i?

Att få bestämma när jag ska gå och lägga mig på kvällen.
Att få vara med och resonera angående min vård och behandling.

Hur hade du kunnat göras mer delaktig?

Hade önskat få sömnmedicinen av kvällspersonalen för att lägga mig tidigt, men måste vänta på nattpersonalen innan jag fick den.

7. SJÄLVSTÄNDIGHET**Hur tillgodosågs dina möjligheter att vara självständig?**

Jag kände mig ganska självständig. Tog hand om mig själv, klädvård och hygien. Behövde inte hjälp med det. Jag fick gå ut själv när jag mådde bättre

Hur hade du kunnat vara mer självständig?

Hade behövt komma ut mer.

Det hade varit trevligt om det fanns frukt framme i stället för att man måste be personalen om det.

8. ANHÖRIGAS DELAKTIGHET**Hur ville du att dina anhöriga skulle vara delaktiga i din vård:**

Det var bra att personalen tog hjälp av mina söner i sina bedömningar.

Vad satte du värde på när det gäller dina anhörigas samarbete med vårdpersonalen?

Det var bra att min son berättade för personalen att jag inte svalde tabletterna.

Vad tyckte du var mindre bra?

För att minska min misstänksamhet hade det varit bra att läkaren sa att han ville prata med min son för att informera honom i stället för att säga att han vill ha ett enskilt samtal med honom.

Varför ville du inte att dina anhöriga skulle vara delaktiga i din vård?**Övriga synpunkter**

Utvärderingen gäller 1 vårdstillfälle/en

Fyll i poäng detta vårdtillfälle och från tidigare vårdtillfällen**Betygsättning DENNA Utvärdering**

| Omsorg/ Känslomässig | Omsorg/ Praktisk | Skydd/ Trygghet | Skydd/ Tvång | Förståelse | Vård- miljön | Respekt | Delaktighet | Själv- ständighet | Anhörigas delaktighet |
|-------------------------|---------------------|--------------------|-----------------|------------|-----------------|---------|-------------|----------------------|--------------------------|
| 3 | 3 | 2 | 3 | 3 | 2 | 4 | 4 | 5 | 5 |

Betygsättning från eventuell TIDIGARE Utvärdering

| Omsorg/ Känslomässig | Omsorg/ Praktisk | Skydd/ Trygghet | Skydd/ Tvång | Förståelse | Vård- miljön | Respekt | Delaktighet | Själv- ständighet | Anhörigas delaktighet |
|-------------------------|---------------------|--------------------|-----------------|------------|-----------------|---------|-------------|----------------------|--------------------------|
| | | | | | | | | | |

Skattningspoäng

1 = Mycket missnöjd

2 = Missnöjd

3 = Varken missnöjd eller nöjd

4 = Nöjd

5 = Mycket nöjd

Jag vill träffa vårdpersonalen som sjukhus vårdade mig

Mina önskemål i samband med det

Vi har tagit del av patientens synpunkter i utvärderingen

| | | |
|-------|-----------|--|
| Datum | Vårdenhet | Signatur vårdenhetschef eller motsvarande person |
|-------|-----------|--|

Eventuell kommentar till patienten

| |
|--|
| |
|--|

Bilaga 2. Handlingsplan vid Tidiga tecken

| Namn | Personnummer | Datum |
|---------------|--------------|------------|
| För Efternamn | 121212-1212 | 2017-02-23 |

Vad jag själv kan göra om jag mår sämre**Tidiga tecken**

Instruktion: Planen utformas med fördel tillsammans med din Resursgrupp som kan vara dina anhöriga, din läkare och din/dina case managers/vård och stödkontakter

Tecken på att jag mår sämre, eller känner mig belastad:

- Ökad stress, Sämre sömn
- Börjar bry mig mycket om vad grannarna tycker
- Ökad misstänksam/irritation mot omgivningen – familjen, grannar, arbetskamrater och kontaktpersoner på Nå Ut teamet
- Otrygghet
- Ljudkänslig

Sena tecken

- Känner att jag vill ta plats, sjunga, spela hög musik i lägenheten.
- Får en starkare självkänsla, utåtriktad.

Tidiga tecken som uppmärksammas av andra: (Fråga din Resursgrupp som kan vara dina anhöriga, din läkare och din/dina case managers/vård och stödkontakter)

- Är lättirriterad, misstolkar, har kort stubin
- Är stressad/forcerad i pratet
- Det blir svårt att hålla en dialog, hoppar från ämne till ämne.

Åtgärder för att förhindra Tidiga tecken:**Om jag har Tidiga tecken ska jag:**

- Ta en promenad
- Ut och jogga
- Använda mig av KBT strategier jag fått
- Höja min medicin

Kontakta min öppenvård på N å Ut teamet. I första hand min case manager Karin.

Om jag har Tidiga tecken kan jag justera min medicinering enligt följande läkarordination:

T Olanzapin 5-10 mg (maxdos/dag 20 mg)

Om jag har Tidiga tecken vill jag att mina anhöriga och vård/stödkontakter ska:

Att mina föräldrar i första hand ska kontakta min case manager om jag inte gjort det själv.

Att mina föräldrar håller kontakt med mig via min case manager om jag är irriterad på dem stället för att de ringer mig.

Vad andra kan göra om jag mår sämre - om jag inte själv uppmärksammar att jag behöver ökade vårdinsatser

Om någon i min omgivning, men inte jag själv, uppmärksammar att jag mår sämre vill jag ha ett möte för att diskutera åtgärder för att förhindra att jag blir sjuk.

Så här önskar jag bli bemött för att förstå och acceptera att ta emot vård:

BÖRJA MED att säga att det inte handlar om att lägga in mig, utan att lösa situationen här och nu, så att jag slipper att bli inlagd. Att vi lägger planen på bordet och följer den. Om jag inte kommer till det akuta mötet vill jag att mina kontaktpersoner på Nå Ut teamet lämnar meddelande på telefonen i första hand eller söker upp mig i min lägenhet. Då viktigt att de presenterar sig genom dörrkastet.

Då önskar jag följande vård- och behandlingsinsatser:

Att jag får vara med och välja mellan olika alternativ vad gäller kompletterande medicinering. Om jag behöver sjukhusvård vill jag bemötas med auktoritet när jag meddelas det. Att läkaren på ett vänligt men bestämt sätt ber mig ta en taxi till sjukhuset, att min case manager frågar om jag vill att hon följer med.

Jag vill få möjlighet att välja mellan olika alternativa lösningar, t.ex. ta emot medicin dagligen eller läggas in på sjukhus.

Om jag väljer att inte ta emot rekommenderad vård vill jag informeras om vad det kan innebära för mig.

Jag vill att följande personer involveras för att hjälpa mig:

Min case manager och min läkare på Nå Ut teamet.

Så här vill jag att mina anhöriga involveras:

Att mina vårdkontakter tar hjälp av dem vid behov. Jag vill inte att de involveras i min vård i övrigt. Jag blir väldigt stressad av dem när jag inte mår bra.

Jag godkänner att mina anhöriga och vårdpersonal samarbetar för att hjälpa mig

Mina anhöriga får informeras om hur jag mår

Mina vård- och stödkontakter

| | |
|---|------------------------|
| Case manager/ vård och stödkontakt: För Efternamn | Telefon: 0707-77 77 77 |
| Case manager/ vård och stödkontakt: För Efternamn | Telefon: 0700-77 77 77 |
| Behandlande läkare: För Efternamn | |
| Kontakt kan även tas via: Kontaktpunkt Psykiatri Tel: 031-343 63 00 | |

Härmed godkänner jag denna plan

| | |
|---------|------------------------------------|
| Patient | Case manager/vård- och stödkontakt |
| Läkare | |
| Anhörig | |

Dokumentation: HANDLINGSPLANEN skannas in i journalen och dokumenteras enligt lokala rutin.

Bilaga 3. Delaktighet vid Psykiatrisk sjukhusvård (DPS)

| Namn | Personnummer | Datum |
|---------------|--------------|------------|
| För Efternamn | 121212-1212 | 2017-02-23 |

Symtom jag tidigare haft när jag varit sjuk och varit inlagd på sjukhus:

Jag var misstänksam mot personalen och rädd för medpatienterna. Var rädd för att de skulle döda mig genom att tända eld på mig. Var därför mån om att bli övervakad. Spegeln på rummet var trasigt – tolkade i mitt psykotiska tillstånd att det skulle bli ”sju svåra år”. Var rädd för att få samma symtom som medpatienterna hade.

Om jag måste tas till sjukhus mot min vilja**Stöd jag behöver för att känna mig trygg när jag tas in till sjukhus för vård:**

Att någon som jag litar på följer med mig, t ex mina söner eller min syster.

Praktiskt stöd jag behöver i samband med att jag förs till sjukhus och tas in för vård:

Att jag får hjälp att få med min privata kläder och hygienartiklar.

Att någon tar hand om mina katter. Jag vill INTE ta med mig min mobiltelefon.

Om transport till sjukhus blir nödvändigt, vill jag att det sker på följande sätt:

Helst att min syster skjutsar mig dit i sin bil.

Vid psykiatrisk vård på sjukhus**1. OMSORG****a. Omsorg i form av känslomässigt stöd** Betygsättning vid föregående vårdtillfälle : 3**Känslomässigt stöd jag behöver** (för att t ex lindra oro eller andra symtom):

Trots att jag är psykotisk lyssnar jag. Säg till mig att alla patienter på avdelningen har olika symtom och att det jag av deras symtom inte behöver drabba mig.
Att personal på ett lugnt sätt förklarade för mig hur jag skulle göra för att må bättre, och kunna slappna av. Uppskattar om personalen kommer till mig, frågade hur jag mår och om det är något de kan hjälpa mig/göra för mig.

b. Omsorg i form av praktiskt stöd

Betygsättning vid föregående vårdtillfälle : 3

Praktiskt stöd jag behöver:

Det är bra om personal frågar runt vilka som ville gå ut. Jag behöver gå i sällskap med flera för att inte vara så rädd.

Få hjälp att betala mina räkningar.

2. SKYDD

a. Att känna trygghet

Betygsättning vid föregående vårdtillfälle : **2**

Åtgärder och bemötande jag behöver för att känna mig trygg/slippa vara rädd:

Det är bra om personal frågar runt vilka som ville gå ut. Jag behöver gå i sällskap med flera för att inte vara så rädd.
Få hjälp att betala mina räkningar.

(Fylls i om patienten har erfarenhet av tvångsvård)

b. Förhindra tvångsåtgärder

Betygsättning vid föregående vårdtillfälle : **3**

Förslag på bemötande jag behöver för att jag ska acceptera att ta emot medicin:

Tala om för mig varför jag ska ta medicin. Säg att jag har fått en psykos igen. Hänvisa till mina Tidiga tecken på min Handlingsplan.

Åtgärder och bemötande för att förhindra tvångsåtgärder:

Be mig gapa efter att jag tagit medicin så att jag inte smusslar med den.

Förslag på åtgärder att välja på:

Jag vill få möjlighet att välja mellan olika alternativa lösningar, för att slippa utsättas för en tvångsåtgärd, t ex för tvångsinjektion, isolering eller fastspänning

Om jag väljer att inte ta emot rekommenderad vård vill jag informeras om vad det kan innebära för mig.

Önskemål jag har vi en eventuell tvångsåtgärd:

Jag har ingen erfarenhet av att blivit utsatt för tvångsåtgärder.

c. Begränsningar

Stöd jag önskar i form av begränsningar: (Till exempel omhändertagande av telefon/dator, kontokort, begränsad frigång)

Att fråntas min telefon i början av vårdtiden så att jag inte ringer samtal jag ångrar.

Mitt förslag på hur de begränsningar jag önskar ska hanteras:

Att min syster tar hand om den i början av vårdtiden.

Så här behöver jag bli bemött för att förstå och acceptera att bli begränsad:

Säg till mig att det är för att hindra mig ringa samtal som jag ångrar.

3. FÖRSTÅELSEBetygssättning vid föregående vårdtillfälle : **2**

Information som är viktig för mig att få:

Att bli informerad om avdelningen och om rutinerna.

Om jag behöver byta avdelning under vårdtiden vill jag bli informerad om varför.

Jag vill bli informerad om vilka mediciner jag ordinerats och varför jag bör ta dem, t ex "Du behöver ta medicinen för att bli frisk och för att bli utskriven". Det är viktigt för mig att få höra att "bli utskriven". Jag behöver höra att jag blir kvar längre tid på sjukhuset om jag inte tar min medicin. Ge mig hopp om att jag kommer bli utskriven och raka besked, att jag behöver medicin, sömn och mat för att må bra igen.

Önskar få information om beräknad vårdtid. Om det inte går t ex säga "Vi börjar med 2 veckor, sen gör vi en ny bedömning". Då har jag en tidsperiod att förhålla mig till.

Så här behöver informationen ges och vara utformad för att jag ska kunna förstå och ta emot den trots att jag inte mår bra:

Jag har inte svårt att förstå och ta till mig information när jag är psykotisk.

4. VÅRDMILJÖNBetygssättning vid föregående vårdtillfälle : **2**

Vårdmiljö som jag behöver för att känna mig trygg och tillfreds:

Skulle önska att det fanns möjlighet att få en fast tid för samtal med läkaren - Det känns jobbigt att vänta hela dagen.

Jag har ont av starka dofter, t ex stark parfym eller luftrenarspray

Det känns tryggt för mig om jag känner att personalen finns tillgänglig, och det är lätt för mig att ta kontakt med dem om jag behöver deras hjälp eller stöd.

För mig är det också viktigt att avdelningen är fräsch, speciellt toaletter och duschar.

5. RESPEKTBetygssättning vid föregående vårdtillfälle : **4**

Bemötande som känns respektfullt att få:

Att personalen ger mig en förklaring till de beslut de fattar angående mig eller när jag uttrycker önskemål som de inte kan tillfredsställa.

Jag önskar att personal som går ut med mig på promenad inte har sina arbetskläder på sig

6. DELAKTIGHETBetygsättning vid föregående vårdtillfälle : **4****Områden som är viktiga för mig att få vara delaktig i:**

Att få vara med och resonera angående min medicinering.
Att få möjlighet att välja om jag ta min sömnmedicin på kvällen innan nattpersonalen kommer.

Bemötande och stöd jag behöver för att kunna vara delaktig:

Att personalen förklarar för mig hur jag blir av med min oro och mina symtom - att det är viktigt för mig att ta medicin, sova och för att bli utskriven.

7. SJÄLVSTÄNDIGHETBetygsättning vid föregående vårdtillfälle : **5****För att jag ska kunna känna mig så självständig som möjligt behöver jag:**

Att få komma ut och lämna avdelningen ofta.

8. ANHÖRIGAS DELAKTIGHETBetygsättning vid föregående vårdtillfälle : **5****Anhöriga som jag vill ska vara delaktiga i min vård:**

Min syster och mina barn.

Så här vill jag att mina anhöriga ska vara delaktiga i min vård:

Jag vill att personalen ger dem fortlöpande information om mitt hälsotillstånd och behandling och att de får vara med vid mina läkarsamtal om de har möjlighet till det.

Stöd jag önskar att mina anhöriga ska få i samband med att jag vårdas på sjukhus:

De behöver få information om varför jag återinsjuknat och om vården jag får.

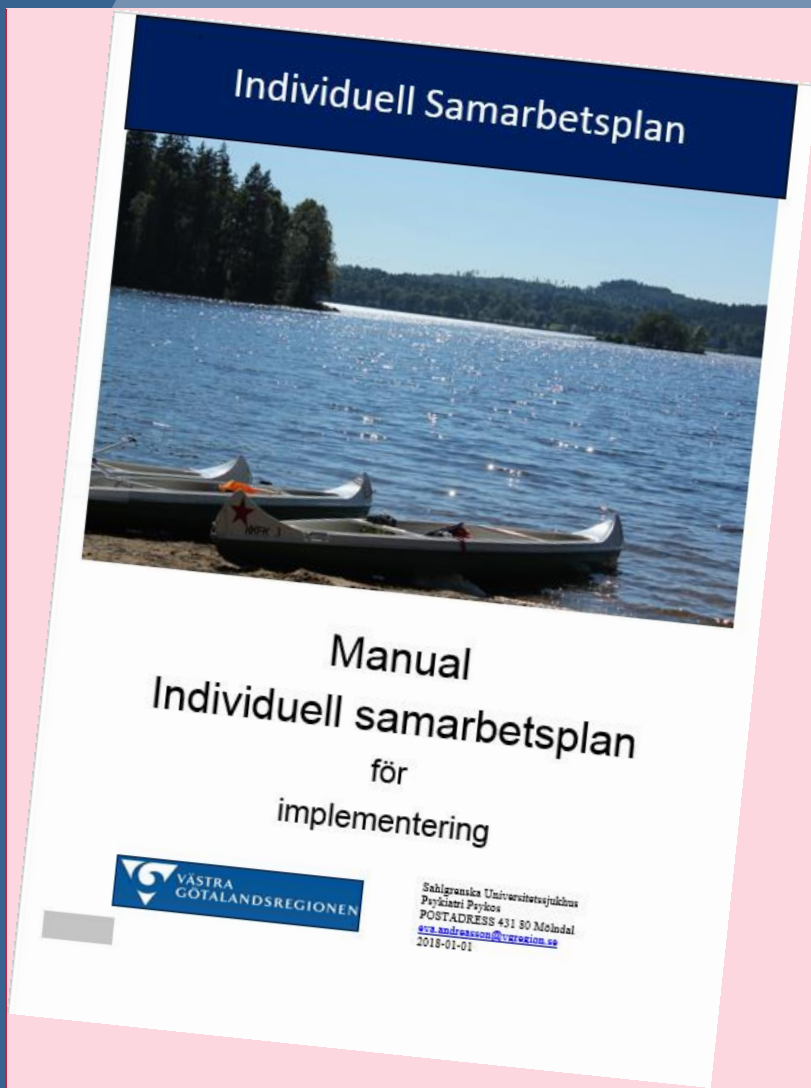
Övriga upplysningar och synpunkter:**Härmed godkänner och signerar jag min Individuella Samarbetsplan – Delaktighet vid psykiatrisk sjukhusvård**

Dokumentet är inte bindande för vården, utan syftar till att göra mig så delaktig som möjligt under vårdtiden.

Patientens signatur

Case manager/vårdkontakt signatur

Dokumentation: DPS skannas in i journalen och dokumenteras enligt lokal rutin.



Kommenterad [EA3]: Ska jag ha kvar denna bild? Vet inte ännu hur manualen ska se ut

Kompetenscentrum för Schizofreni
Psykiatri Psykos
Sahlgrenska Universitetssjukhuset
Webbplats: www.sahlgrenska.se/su/kcs